

Onze cas de ruptures utérines au cours de l'accouchement

Statistique de la clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Lyon en dix ans

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 11 Juin 1942

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert BOURGARIT

Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né le 20 Août 1916, à GRENOBLE (Isère)



LYON

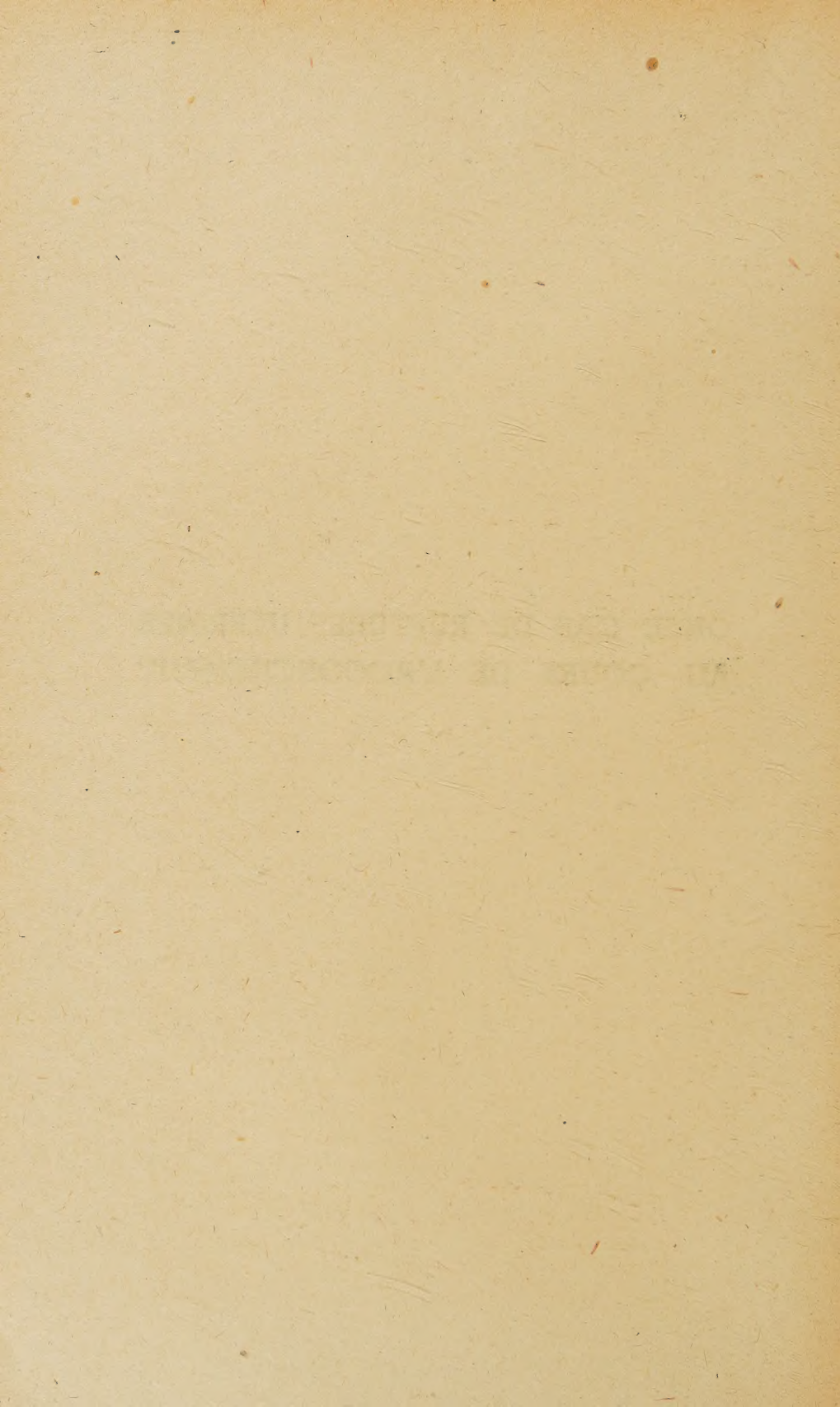
BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1942

**ONZE CAS DE RUPTURES UTÉRINES
AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT**



Onze cas de ruptures utérines au cours de l'accouchement

Statistique de la clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Lyon en dix ans

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 11 Juin 1942

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert BOURGARIT

Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né le 20 Août 1916, à GRENOBLE (Isère)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1942

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

M. L. HUGOUNENQ.
M. J. LEPINE.
M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ. PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET.
BERARD, COURMONT, GUIART, PIERY, CADE, THEVENOT Léon.

PROFESSEURS

Cliniques médicales
Cliniques chirurgicales
Clinique obstétricale et Accouchements
Clinique ophtalmologique
Clinique dermatologique et syphiligraphique
Clinique neurologique et psychiatrique
Clinique médicale infantile
Clinique gynécologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Clinique des maladies infectieuses
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie
Chimie biologique et médicale
Chimie organique et Toxicologie
Matière médicale et Botanique
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Anatomie
Histologie
Physiologie
Pathologie interne
Pathologie générale et thérapeutique
Anatomie pathologique
Chirurgie opératoire
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie
Médecine légale
Hygiène
Pharmacie et Pharmacologie
Hydrologie thérapeutique et Climatologie

MM. FROMENT.
SAVY.
PATEL.
SANTY.
RHENTER.
BONNET.
FAVRE.
LEPINE J.
MOURIQUAND.
COTTE.
REBATTU.
CIBERT.
TAVERNIER.
DUFOURT.
X.
PONTTHUS.
FLORENCE.
MOREL.
MANCEAU.
GARIN.
LATARJET.
POLICARD.
HERMANN.
CORDIER.
DECHAUME.
MARTIN J.-F.
X.
ARLOING (F.).
MAZEL.
ROCHAIX.
LEULIER.
GATÉ.

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Embryologie

M. NOEL

AGREGES

MM.
GABRIELLE
CHAMBRON
REVOL
ENSELME
SEDALLIAN
CREYSEL
DE ROUGEMONT

MM.
P. RAVAUULT
CROIZAT
DELORE
JOSSERAND
MORIN
BERTRAND
CLAVEL

MM.
LEVYRAT
BANSSILLON
MALLET-GUY
ROMAN
PEYCELON
PIGEAUD
JOURDAN

MM.
FROMENT (R.).
MARTIN (P.-E.).
MOUNIER-KUHN
BROUSSY
PIFFAULT

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. RHENTER, *président* ; POLLOSSON, *assesseurs*
PIGEAUD et BANSSILLON-

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

Dont la bonté et la simplicité
m'ont laissé un souvenir ineffa-
çable.

A MA FEMME

A MON FILS JEAN-JACQUES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RHENTER

*Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence de
notre Jury de thèse et de nous éclairer
de sa haute compétence dans
notre travail.

Hommage respectueux.

A MESSIEURS LES MEMBRES DE NOTRE JURY

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHET
*Chef de laboratoire à la Clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Lyon*

Qui nous a inspiré notre sujet de thèse et qui nous a suivi pas à pas dans notre travail, nous faisant profiter largement de sa grande expérience.

Qu'il reçoive ici, l'expression de mon respect et de mon entier dévouement.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE GRENOBLE

MESSIEURS LES DOCTEURS :

TERMIER

Professeur de clinique chirurgicale

BETHOUX

Professeur de clinique médicale

GRANDMAISON

*Professeur à l'Ecole de Médecine
Médecin des Hôpitaux*

SIGAUD

Professeur de Clinique Chirurgicale

ROGET

*Professeur à l'Ecole de Médecine.
Pédiatre des Hôpitaux*

SAPPEY

Chirurgien gynécologiste des Hôpitaux

MARTIN

Chirurgien urologiste des Hôpitaux

BOUCHAYER

Stomatologiste des Hôpitaux

KLAEYLE

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

JUVIN

Dermatologiste des Hôpitaux

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS :

ETIENNE BERTHET

JEAN TAUVERON

A MESSIEURS : PIERRE PACTUS

JEAN BELLE

JOSEPH GLENAT

En témoignage de l'amitié que
notre courte période de captivité
commune a si fortement resserré.

A MES CAMARADES DE GUERRE

ENCORE PRISONNIERS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

ONZE CAS DE RUPTURES UTÉRINES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

INTRODUCTION

Les ruptures utérines au cours du travail constituent une complication redoutable de l'accouchement.

Ce n'est heureusement pas un accident d'une grande fréquence. Les statistiques classiques estiment cette fréquence à une rupture pour 3.403 accouchements (Jolly). Sauvage, d'autre part, n'en relève que 32 cas en dix ans en réunissant les observations parisiennes de la maternité de l'Hôtel-Dieu et de la clinique Baudelocque. Nésis, dans sa thèse, en relève 17 cas sur 26.740 femmes soignées en dix ans à la maternité de l'hôpital Lariboisière. La moyenne des statistiques récentes donne de 1,6 à 2 ruptures pour 3.000 accouchements.

Notre étude personnelle nous en révèle 11 cas sur 13.035 accouchements, ce qui représente un pourcentage de 2,5 pour 3.000, chiffre qui paraît nettement défavorable, mais qui trouvera sans doute son explication dans la fameuse « loi des séries » que tout médecin a pu observer. Sur ces 11 cas, nous constatons en effet que 7 sont survenus dans les trois dernières années, les 4 autres se répartissant dans les sept années restantes, sans pour cela que le nombre des accouchements ait été moindre. Il est vraisemblable que si notre statistique se prolongeait quelque

peu, nous resterions un long temps sans en observer. D'autre part, bon nombre de cas rapportés ici sont des ruptures survenues en dehors de l'hôpital et amenés d'urgence dans le service.

Si la rupture de l'utérus reste une complication grave, son pronostic en est très sombre, malgré les progrès de la thérapeutique chirurgicale moderne. La parturiente se trouve en grand danger. L'enfant surtout est très compromis. Dans les publications antérieures, la mort de la mère survient dans 60 à 80 % des cas. Parmi nos 11 cas, on l'observe dans une proportion de 62,5 %. Par contre, l'enfant n'a survécu que deux fois.

Tout accoucheur doit donc redouter la rupture utérine.

Nous rapportons dans ce travail les cas observés en 10 ans à la clinique obstétricale de Lyon.

Nous nous attacherons surtout à établir un parallèle entre les notions classiques et ce que nous avons relevé dans nos observations. C'est ainsi que nous étudierons successivement les données étiologiques qui en ressortent, puis les données anatomiques, cliniques et thérapeutiques. Nous conclurons enfin par un rapide exposé des faits qui nous auront paru importants ou remarquables au cours de cette étude.

LES OBSERVATIONS

Nous les classerons en deux catégories, suivant leur étiologie.

Dans un premier groupe, nous rangerons les ruptures survenues spontanément au cours du travail et dans le second, les ruptures provoquées par une manœuvre intra-utérine.

Dans chacun de ces groupes, nous respecterons l'ordre chronologique.

Mais nous nous trouvons obligé de terminer la liste de ces observations par un cas un peu spécial dans lequel nous nous abstenons de conclure. Le mécanisme réel de la rupture reste discutable, étant donné qu'il y a eu emploi d'ocytociques suivi de manœuvre intra-utérine.

LES RUPTURES SPONTANÉES

OBSERVATION N° 1

Mme B..., août 1935.

Il s'agit d'une femme de 39 ans qui ne présente aucun antécédent pathologique.

Au point de vue obstétrical, elle a eu cinq grossesses antérieures, toutes terminées par des accouchements normaux et à terme.

Deux de ses enfants sont morts à un et deux ans de rougeole compliquée, les trois autres sont en bonne santé.

Quant à la grossesse actuelle, son histoire est sans incident. Les dernières règles sont du 9 novembre 1934, donc l'accouchement probable pour le 19 août 1935. A noter seulement qu'au cours de l'examen pratiqué le 22 juillet à la consultation, on relève une présentation du siège facilement corrigée par manœuvres externes. Les bruits du cœur sont bien entendus ; pas d'albumine.

Le travail s'est déclenché le 20 août, à 17 heures, donc exactement au terme prévu. La parturiente arrive dans la salle de travail deux heures plus tard : à ce moment, au palper, la tête est mobile, les bruits du cœur sont normaux, il s'agit d'une O.I.G.A.

A 21 heures, la sœur veilleuse pratique un toucher qui révèle une dilatation à trois centimètres, les contractions sont régulières toutes les dix minutes.

A 23 h. 45, rupture spontanée des membranes : liquide amniotique clair.

A 0 h. 35, la parturiente commence à éprouver le besoin de faire des efforts expulsifs. A ce moment, dilatation complète.

Mais à partir de là, les contractions s'espacent et sont moins longues. A 1 h. 15, la sœur veilleuse s'aperçoit que les bruits du cœur deviennent irréguliers et que la parturiente ne pousse plus. Une application de forceps est décidée et pratiquée aussitôt sous anesthésie générale. L'examen préliminaire montre que la tête est au bas de l'excavation en occipito-pubienne et que le col est complètement dilaté. Deux tractions modérées suffisent à fixer le sous-occiput sous la symphise pubienne. Dégagement rapide de la tête. A ce moment, on observe un quadruple enroulement du cordon autour du cou fœtal. Ce cordon est d'ailleurs très mince. L'enfant est finalement extrait, mais ne donne aucun signe de vie.

Quatre heures plus tard, malgré plusieurs tentatives de délivrance par refoulement, le placenta n'est pas encore décollé et l'on décide de pratiquer une délivrance artificielle. Mais les premières manœuvres pratiquées par la sœur veilleuse s'avèrent inopérantes. La sœur mère intervient à son tour et trouve le placenta en partie décollé dans l'utérus. Elle termine l'extraction en notant que l'extrémité libre du cordon remonte dans les voies génitales à mesure que le reste du délivre en descend. Enfin elle constate une brèche du segment inférieur à gauche.

Mais l'attitude adoptée est l'expectative, la parturiente ne perdant pas et ne présentant à ce moment aucun signe de choc.

Ce n'est que deux heures et demie après que l'on constate une modification du pouls, qui devient petit et rapide. La malade accuse quelques douleurs de la région épigastrique avec quelques hoquets.

Le docteur Rochet, appelé, fait le diagnostic d'hémorragie interne par rupture utérine et décide l'hystérectomie abdominale. Celle-ci est pratiquée sous anesthésie générale à l'éther en quarante-cinq minutes.

La pièce anatomique présente en effet une brèche ayant intéressé toute la partie latérale gauche de l'utérus sur environ quinze centimètres. La partie corporelle n'est pas gagnée par la lésion.

On retire de l'abdomen, au cours de l'intervention, environ 300 grammes de sang liquide et de caillots.

Le 21 au soir, température 39,4, pouls à 160.

Dans les jours qui suivent, la température monte progressivement, le pouls oscillant entre 130 et 150. Mais la malade, à aucun moment, ne présente de signe d'infection péritonéale. On note au contraire tous les signes habituels d'une broncho-pneumonie.

Décès le quatrième jour après l'intervention.

OBSERVATION N° 2

Mme P..., octobre 1935.

La gestante est une femme de 39 ans, sans aucun antécédent pathologique, qui en est à sa septième grossesse.

Les six accouchements antérieurs se sont passés normalement et tous les enfants sont vivants.

La grossesse actuelle s'est écoulée sans incident et le travail est survenu à terme.

Les premières douleurs, survenues le 30 septembre, durent depuis quatre jours entiers, puisqu'elle n'entre en salle de travail que le 4 octobre, à 14 heures. On note à ce moment que cette femme est en très mauvais état : le faciès est celui d'une surmenée, elle présente de la dyspnée, de la cyanose des extrémités. Son pouls est à 130, sa température est à 38, on décèle un disque d'albumine dans ses urines.

A l'examen, le ventre est flasque, on perçoit mal à travers la paroi adipeuse l'état de l'utérus. On a dès ce moment l'impression qu'il existe une rupture utérine en raison du choc général, de l'absence de contractions utérines et de la flaccidité de l'abdomen aussi bien que de son étalement. La parturiente ne perçoit plus les mouvements de l'enfant, on n'entend nulle part les bruits du cœur.

Le chef de service décide, devant ce tableau, d'extraire le fœtus.

Le 4 octobre 1935, à 14 h. 30, on procède à une craniotomie sur une tête en O.I.G.A. dont le pariétal postérieur en asynclitisme est facilement perforé. Après tentative d'extraction avec le cranioclaste, on préfère abaisser, puis dégager la tête au forceps, ce qui est fait rapidement et facilement, le périnée restant intact. En raison d'une légère hémorragie et de l'état antérieur très suspect de l'utérus, une délivrance artificielle est pratiquée, suivie d'exploration intra-utérine. Celle-ci confirme le diagnostic de rupture.

L'intervention par voie abdominale est aussitôt décidée et étant donné l'état très précaire de la malade, on s'oriente vers l'amputation de Porro.

A 15 heures, intervention : sous anesthésie générale à l'éther, incision sous-ombilicale médiane. A l'ouverture du péritoine, on constate un degré avancé de péritonisme avec dilatation paralytique des anses grêles. Il existe par ailleurs sur le segment et sur une partie du corps, à la face antérieure de l'utérus, une vaste brèche recouverte de caillots organisés et laissant suinter une quantité importante de sang dans l'abdomen. Après protection du reste de la cavité péritonéale, on libère l'utérus et les annexes. On place un garrot aussi bas que possible sur le segment inférieur. On transfixe la partie sus-jacente avec deux broches croisées en X. Section, au-dessus de ces broches, de l'utérus qu'on enlève avec ses annexes.

L'hémorragie a cessé. On place un drainage à la Mickulicz dans le Douglas au-dessus du moignon utérin. Fermeture des plans péritonéaux, musculaires et cutanés au-dessus et au-dessous dudit moignon, qui reste extériorisé.

36 heures plus tard, décès de la malade au milieu de signes de péritonite diffuse avec occlusion complète.

OBSERVATION N° 3

Mme L..., février 1940.

Cette femme arrive dans le service le 31 janvier 1940, dans un état de choc très prononcé.

A 38 ans, elle en est à sa septième gestation. Tous les accouchements précédents se sont passés normalement et les six enfants sont vivants.

La grossesse actuelle n'a pas eu d'histoire et le travail s'est déclenché sensiblement à terme le 31 janvier dans la matinée. Après de bonnes douleurs, subitement le travail s'interrompt en même temps qu'apparaît à la

vulve une hémorragie de sang noir abondante et qui fait porter par le médecin qui la voit le diagnostic de décollement placentaire. Malgré l'état général très touché, cette femme arrive sur ses jambes, accompagnée d'une sage-femme.

A l'entrée, la sœur mère est frappée par l'aspect de la malade : pâleur très intense, le pouls est très rapide et très peu marqué. A l'examen de l'abdomen, le fœtus est senti distinctement sous la peau. Pensant aussitôt à une rupture utérine, elle alerte le chef de clinique qui arrive à 15 h. 15.

L'hémorragie de sang noir persiste, les bruits du cœur ne sont pas perçus. Au toucher vaginal, la tête de l'enfant est au bas de l'excavation on occipito-postérieure. Le palper abdominal n'est pas concluant, on sent simplement le corps utérin très remonté, globuleux, au-dessus de l'ombilic, à gauche de la ligne médiane. Au-dessous, on a l'impression très confuse de percevoir de petits membres irréguliers.

On pratique l'extraction, sous anesthésie légère au chlorure d'éthyle, de l'enfant dont la tête se dégage au prix de tractions très modérées au forceps. Il s'agit d'ailleurs d'un enfant normal de 3.300 grammes. On vérifie l'utérus et la main exploratrice constate une brèche énorme intéressant le bord latéral droit de l'organe.

Le chirurgien de garde conseille l'intervention immédiate. Sous anesthésie très légère, ouverture rapide de l'abdomen. Mais au moment où on entreprend l'extériorisation pour pratiquer l'amputation de Porro, la malade meurt.

On ferme alors rapidement la paroi abdominale après exérèse de l'utérus, qui présente nettement une rupture complète du bord droit du segment. A l'examen du placenta, il n'existe ni cupule, ni caillot adhérent, ni infarctus qui pourraient faire admettre le décollement spontané.

OBSERVATION N° 4

Mme C..., octobre 1940.

Il s'agit d'une grande multipare de 40 ans. Ses antécédents ne présentent absolument rien d'anormal. Les cinq accouchements antérieurs se sont produits à terme. Tous les enfants sont normaux et vivants. Pas de fausse-couche.

Dans l'histoire de la grossesse actuelle, on apprend que les D.R. sont du 29 décembre, donc l'A.P. est pour le 8 octobre. Les faits se passent le 25 octobre, donc avec un léger retard.

Les douleurs ont commencé le 25, à 2 heures du matin. Une demi-heure plus tard, la femme entre en salle de travail et l'on constate qu'il s'agit d'un sommet fixé en O.I.G. Rien d'anormal n'est signalé.

A 3 heures, un toucher pratiqué montre une dilatation de 5 centimètres, la poche des eaux ne bombe pas exagérément. On ne sent pas de placenta.

A 4 h. 15, les membranes se rompent spontanément, donnant passage à un liquide amniotique verdâtre. Les douleurs expulsives commencent aussitôt.

A 5 heures, accouchement spontané d'un enfant légèrement étonné de 2.780 grammes, couvert de méconium et présentant quelques trainées de sang. La parturiente, présentant alors un état de choc, on lui fait du solucamphre.

A 5 h. 45, délivrance par simple refoulement. Pas d'hémorragie importante, mais l'état de choc persiste.

A 6 h. 30, on note que la malade est dyspnéique, cyanosée, angoissée. Le pouls est petit, incomptable. La T.A. n'est pas mesurable. Et pourtant, à l'examen abdominal, on trouve un beau globe utérin. Le suintement sanguin vaginal est léger. On fait aussitôt une injection de morphine et de solucamphre sous-cutanée et du Pressyl intra-veineux. On renouvelle même par la suite ce traitement, mais l'amélioration n'est que passagère.

A 7 heures, aggravation brutale de l'état général et obitus 20 minutes plus tard.

L'explication de ce tableau clinique est donnée par deux examens :

1° L'examen du placenta : il s'agit certainement d'un placenta bas inséré. La rupture des membranes siège au bord de l'insertion placentaire, le cotylédon voisin de la rupture est aplati.

2° La vérification nécropsique faite le 26 octobre, où l'on observe : pas de liquide ni de sang dans le petit bassin, mais infiltration sanguine des ligaments larges, surtout à droite. Après prélèvement du tractus génital complet, on constate un double hématome des ligaments larges. Et à l'ouverture de l'utérus, à la face postéro-latérale droite du segment inférieur, au-dessus du col, on trouve une rupture de forme triangulaire à base inférieure à sommet affleurant le corps utérin, n'ayant pas intéressé en profondeur de gros vaisseaux, mais ayant distendu le ligament large. On trouve là un hématome qui n'a pas dépassé la limite de ce ligament. A gauche, une fissuration du segment inférieur a également donné naissance à un épanchement ligamentaire.

Par ailleurs, l'examen somatique reste négatif.

LES RUPTURES PROVOQUEES

OBSERVATION N° 5

Mme R..., janvier 1932.

Il s'agit d'une grande multipare de 43 ans.

Dans ses antécédents, rien de notable. La parturiente en est à sa 14^e grossesse. Les 13 accouchements antérieurs se sont passés normalement. Dix de ses enfants sont vivants et en bonne santé, un enfant est

mort à cinq mois, un autre à trois mois et le troisième à un jour.

Pour la grossesse qui nous intéresse, la gestante était aux expectantes depuis le 9 décembre 1931. On notait en effet que la date probable de l'accouchement était le 20 décembre, les D.R. étant du 10 mars.

On remarque pendant ce séjour que le fœtus est mobile, se présentant tantôt par le sommet, tantôt par l'épaule.

Les premières douleurs se font sentir le 1^{er} janvier, à 18 heures. Rupture spontanée des membranes le 2, à 0 h. 30. La femme est amenée en salle de travail une demi-heure plus tard ; on note que l'excavation est vide, que la tête est dans l'hypocondre gauche, que les bruits du cœur sont perçus au-dessus de l'ombilic et qu'ils sont normaux.

Au toucher, le col n'est pas effacé et on ne sent pas de présentation. A 7 heures, on ramène la tête au détroit et on la maintient au moyen d'un bandage. Malgré cela elle tend à glisser dans la fosse iliaque gauche.

A 10 h. 15, nouvel examen : la dilatation est à cinq francs. Il existe une poche des eaux qui se rompt à ce moment. On recueille 3 litres de liquide. On sent une procidence du cordon que l'on tente de réduire manuellement. Mais la tête ne se maintient pas au détroit supérieur et le cordon reste latérocident. On a l'impression que le placenta est inséré sur la partie droite du segment inférieur et que, pour cette raison, le fœtus est obligé de se présenter par l'épaule.

Les bruits du cœur étant à 70 et 80, M. le Chef de clinique fait sous anesthésie une version par manœuvres internes. Il éprouve une assez grande difficulté pour atteindre un pied et l'abaisser à la vulve. D'ailleurs, aussitôt après cet abaissement, les bruits du cœur ne sont plus perçus.

On abandonne l'extraction immédiate et la malade accouche spontanément à 11 h. 40 d'un garçon mort de 4.250 gr.

Dix minutes plus tard, hémorragie abondante. On pratique la délivrance artificielle et c'est au cours de cette manœuvre que l'on constate une déchirure du col, à gauche, s'étendant à tout le segment inférieur.

L'examen du délivre montre que le placenta est très éraillé. La rupture des membranes s'est faite tout près de l'insertion placentaire. Le cordon, qui est gras et spiralé, est inséré à trois centimètres du bord. La malade ne perdant plus, on se décide pour l'expectative.

Suites immédiates : le pouls est entre 94 et 104. A 16 h. 30, injection de morphine et à 17 h. 30, 500 gr. de sérum goutte à goutte intra-veineux. La température monte à 38,3 et le pouls est à 120.

Le 7 janvier, la température restant autour de 38, on pratique un abcès de fixation.

Le 15, un hématome suppuré du ligament large s'évacue spontanément par le vagin.

A partir de ce jour, la température revient lentement à la normale pour se stabiliser définitivement le 3 février.

Le 15, la malade, guérie, quitte le service.

OBSERVATION N° 6

Mme B..., juillet 1937.

Nous avons à faire à une femme de 37 ans qui en est à sa sixième grossesse.

Pas d'antécédent pathologique. Par contre, les grossesses et accouchements antérieurs ne se sont pas passés sans incidents. Deux grossesses seulement sont arrivées à terme : l'une se terminant par un accouchement par le siège à la maternité de Vienne, l'autre par un accouchement par la face, à domicile. Ces deux enfants sont vivants et en bonne santé.

Quant aux trois autres grossesses, elles ont été interrompues par des avortements spontanés à deux, trois et quatre mois et demi.

La grossesse actuelle est arrivée sensiblement à terme

puisque la parturiente devait accoucher le 30 juillet, suivant les prévisions, et qu'elle est amenée en salle de travail le 27.

Cependant les premières douleurs sont apparues deux jours avant son entrée, à deux heures du matin.

On apprend que pendant ces deux jours, le médecin traitant a fait plusieurs tentatives d'application de forceps au détroit supérieur, puis, devant leur impuissance, une version par manœuvres internes. A ce moment, la grande extraction du siège s'est trouvée elle-même impraticable, la tête ne pouvant franchir le détroit supérieur, malgré les tractions les plus énergiques. On note en effet une fracture de la colonne cervicale et du maxillaire inférieure du fœtus.

Le 27, à 20 heures, c'est-à-dire à l'entrée, l'état de choc est important. On observe des vergetures ecchymotiques de la paroi abdominale. On ne perçoit aucune contraction utérine.

A 21 heures, sous anesthésie générale à l'éther, après injection de tonicardiaques, on pratique une basiothripsie sur tête dernière.

Cette basiothripsie est d'ailleurs incomplète, ne portant que sur le massif facial du fœtus. Mais la perforation du crâne est suffisante pour donner issue à du liquide céphalo-rachidien en excès et permettre d'extraire une tête hydrocéphale.

Après extraction, la manœuvre de délivrance artificielle, suivie de vérification utérine, montre l'existence d'une large brèche portant presque sur toute la face postérieure de l'utérus.

Mais pendant l'intervention, on a à déplorer la mort de la malade.

OBSERVATION N° 7

Mme V..., avril 1940.

C'est une grande multipare de 38 ans.

Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, rien

de notable. Ses antécédents physiologiques sont normaux. Au point de vue pathologique, on note une fièvre typhoïde à 8 ans.

Enfin, dans les grossesses et accouchements antérieurs, on relève onze accouchements normaux à terme d'enfants vivants. Huit le sont encore, trois sont morts accidentellement. En 1936, une grossesse de deux mois s'est terminée par une fausse-couche.

La grossesse qui nous intéresse est sans histoire. Les D.R. sont du 14 juillet 1939, l'A.P. pour le 24 avril. Elle est donc pratiquement à terme, puisque les premières douleurs ont commencé le 15, à 10 heures. Arrivée en salle de travail à 15 heures. Le col est à ce moment dilaté à 3 centimètres, deux heures plus tard, la poche des eaux se rompt spontanément.

Mais ce qui est notable, c'est que la parturiente présente des hémorragies vaginales importantes, même après cette rupture des membranes. A ce moment, un toucher montre une dilatation de 5 cm. et l'on sent des cotylédons recouvrant la partie postérieure du segment.

A 21 heures, un nouvel examen montre une dilatation stationnaire, l'hémorragie persiste, de faible abondance, et il semble plus indiqué à ce moment de s'abstenir de toute manœuvre obstétricale.

On peut difficilement affirmer que les bruits du cœur sont entendus. On fait un litre de sérum intra-veineux goutte à goutte au pli du coude.

Le lendemain, 16 avril 1940, l'hémorragie persistant, on décide d'intervenir en achevant la dilatation au ballon de Champetier. Mais la dilatation étant brusquement devenue suffisante, celui-ci n'est pas utilisé.

Une tentative d'application de forceps s'avère infructueuse. Et comme à ce moment les bruits du cœur sont certainement absents, on termine par une craniotomie suivie d'une extraction à la pince à os. Enfant de 3.900 gr. sans la substance cérébrale.

C'est alors qu'une vérification utérine montre une large brèche latérale droite par où le placenta s'est échappé dans la grande cavité abdominale.

Une hystérectomie est aussitôt pratiquée par le chirurgien de garde qui, croyant le délivre contenu dans l'utérus, ne vérifie pas le contenu péritonéal. La paroi est fermée aux fils de bronze. C'est alors que la vérification de la pièce anatomique révèle que le placenta est resté dans l'abdomen. Mais la malade est trop choquée pour que l'on songe à la reprendre immédiatement. On lui fait plutôt une transfusion sanguine de 350 cc.

Le 17 avril, réintervention. Le placenta est trouvé sous le foie. Drainage. Trois jours plus tard, la malade meurt au milieu de signes de septicémie.

OBSERVATION N° 8

Mme T..., septembre 1941.

C'est une femme de 35 ans, qui en est à sa huitième grossesse. Dans ses antécédents, rien à relever.

Les sept accouchements antérieurs se sont passés normalement après de bonnes grossesses. Un enfant est mort à la suite d'une méningite à 11 mois et demi.

L'histoire actuelle est la suivante :

Les D.R. sont du 27 novembre 1940. Par la suite, aucun incident. L'accouchement, qui doit survenir le 7 septembre, se déclenche à terme.

Les premières douleurs surviennent le 6, à 3 heures du matin. La femme entre en salle de travail à 8 h. 30.

La poche des eaux s'étant rompue spontanément à 7 h. 45, l'examen pratiqué à son entrée révèle une présentation de l'épaule. Les bruits du cœur sont très bons.

Un toucher manuel fait sous anesthésie donne les précisions suivantes : le col est très haut remonté et il présente un orifice externe relativement souple, un canal cervico-segmentaire long et épais, laissant passer assez facilement deux doigts, mais se resserrant à chaque contraction. On atteint la présentation tout entière au-dessus de cette sorte d'anneau de rétraction.

Etant donné la multiparité et les touchers pratiqués en ville, on élimine la possibilité d'intervenir par hystérectomie et on décide d'essayer, après injection de morphine, une version prudente.

A 10 heures, anesthésie très profonde : le canal, rétracté, semble céder facilement. Après quelques manœuvres de dilatation, la main pénètre sans gêne dans l'utérus. Il s'agit d'une dorso-antérieure. Après saisie du pied antérieur, l'évolution du fœtus est facilement pratiquée. Puis la grande extraction du siège se passe normalement jusqu'au moment où la tête dernière se présente au détroit supérieur. Mais un Champetier assez énergique en vient à bout. La tête tombe assez brutalement dans l'excavation, elle est dégagée ensuite normalement.

L'enfant, de 3.750 gr., naît étonné, mais est facilement ranimé par des bains chauds. Immédiatement après la sortie de l'enfant : perte de sang rouge par suintement continu. Le globe utérin est bien rétracté. Une exploration immédiate des voies génitales fait découvrir une brèche occupant la partie postérieure gauche du canal cervico-segmentaire et du dôme vaginal. Par cette brèche, la main pénètre directement dans la cavité abdominale. L'utérus est refoulé sur la droite.

Après une délivrance manuelle rapide, on décide, étant donné l'hémorragie assez importante et le caractère total de la rupture, de pratiquer immédiatement une laparotomie.

Celle-ci est faite médiane sous-ombilicale. Sans liquide dans le Douglas. Après extériorisation de l'utérus, on constate que la brèche est assez bas située à la partie postérieure gauche, se prolongeant sur le cul-de-sac correspondant. Hystérectomie totale. Suture hémostatique de la tranche vaginale. Péritonisation moyenne sur une mèche et un drain vaginal. Une seconde mèche et un second drain sont placés dans le pelvis. Fermeture en trois plans.

L'opération dans son ensemble a été bien supportée. On fait cependant une transfusion de 250 cc., suivie

une heure après d'une injection intra-veineuse de 500 cc. de sérum.

Le 18 septembre, les suites opératoires sont compliquées d'une parotidite suppurée droite.

Le 25 octobre, la malade quitte l'hôpital guérie.

OBSERVATION N° 9

Mme V..., septembre 1941.

Il s'agit d'une primipare de 23 ans.

La grossesse actuelle a été sans histoire : D.R. le 25 novembre, donc A.P. le 4 septembre. Le travail se déclenche à terme, puisque les premières douleurs apparaissent le 11, à 19 heures. Le médecin qui l'envoie précise que les membranes se sont rompues spontanément dès le 4 septembre, que le travail a commencé le 11, que la dilatation s'est complétée le 12, à 22 heures. A ce moment, le sommet étant au détroit supérieur et le bassin paraissant rétréci, il fait une application de forceps qui s'avère infructueuse. C'est alors qu'il l'envoie à l'hôpital.

A l'arrivée dans le service, le 13, à 11 h. 45 du matin, la femme se plaint continuellement et le palper abdominal est rendu très difficile par suite de l'extrême sensibilité de l'abdomen. L'utérus est nettement en sablier, avec encoche dans la région ombilicale. Le segment inférieur semble très douloureux. On ne perçoit pas les bruits du cœur. Au toucher vaginal : présentation du sommet à la partie moyenne de l'excavation. Dilatation complète. L'exploration de la tête ne donne pas de sensation bien nette.

Le chef de service conseille une extraction prudente et immédiate.

Le 13, à 12 heures, intervention : le toucher manuel sous anesthésie générale montre qu'il s'agit d'un hydrocéphale dont le sommet du crâne plonge dans l'exca-

vation, mais dont le reste de la tête est retenu au détroit supérieur.

Perforation au ciseau ; issue d'environ 500 cc. de liquide clair. Mise en place du basiotribe. Dès les premières tractions, on a l'impression que la prise est peu solide et tend à déraiper. Ablation du basiotribe, mise en place du crânioclaste, qui permet l'extraction parfaite d'un hydrocéphale du sexe masculin de 3.400 gr. Pas de difficulté sérieuse à l'extraction des épaules.

La révision, pratiquée immédiatement après l'intervention, montre une rupture segmentaire intéressant la partie gauche postérieure du segment inférieur ; rupture complète. La main entre directement dans le Douglas. Devant ce fait, on décide, après délivrance artificielle, de faire pratiquer par le chirurgien de garde une laparotomie immédiate.

Intervention le 13, à 13 heures : hystérectomie totale, suivie d'une transfusion de 300 cc. de sang et, quelques heures plus tard, d'une injection intra-veineuse de 500 cc. de sérum.

Suites opératoires d'abord très favorables : pas de choc, pas de réaction thermique, abdomen un peu ballonné, mais souple. La malade n'ayant pas uriné spontanément après 36 heures, est sondée le 15, mais on ne ramène que 30 cc. d'urine ; le lendemain, vessie toujours vide, apparition de quelques signes d'intoxication : céphalée, hoquet. On décide d'appliquer d'abord un traitement médical, avec sérum hypertonique, infiltration lombaire, l'urée est à 3 gr. 16.

Le 17, aggravation manifeste : torpeur, vomissements, toujours pas d'urine dans la vessie. La malade est adressée à un service d'urologie où, malgré un cathétérisme urétéral suivie d'une néphrostomie, elle meurt dans la nuit.

OBSERVATION N° 10

Mme D..., février 1942.

Il s'agit d'une secondigeste de 34 ans dont la première grossesse a été normale et s'est terminée par un accouchement spontané à terme. L'enfant, âgé de 11 ans, se porte bien.

La grossesse actuelle est de huit mois et demi. Cette femme devait accoucher début mars, mais il y a huit jours environ, venant se faire examiner à Lyon, elle fit une chute dans les escaliers de la gare Perrache, d'où s'en suivit une fracture du col du fémur droit. Il était impossible, en raison de son état, de réduire la fracture, puis d'appareiller cette gestante aussi proche de son terme. Le chef de service décide de provoquer l'accouchement pour donner toute liberté en ce qui concerne le traitement de la lésion osseuse.

Pour ce faire, elle entre dans le service le 12 février 1942.

Le 13, la méthode de Hauch est pratiquée et réussit parfaitement : les premières douleurs se font sentir à 11 h. 30 et on apporte la malade en salle de travail.

L'examen pratiqué à ce moment nous met en présence d'une femme qui se plaint au moindre mouvement de violentes douleurs de la hanche droite. La cuisse et la jambe correspondante sont en abduction et rotation externe.

A 13 heures, les membranes se rompent spontanément.

A 14 heures, le col est complètement dilaté, mais les contractions ne sont pas très efficaces et le travail ne progresse pas rapidement. Les bruits du cœur, normaux à l'entrée, tendent à se ralentir.

A 15 heures, étant donné l'état de la malade, qui souffre de plus en plus de sa fracture, la lenteur du travail et surtout les signes de souffrance fœtale (40 à 50 pulsations à la minute), on décide d'extraire l'enfant au forceps.

Le toucher permet de sentir la grande fontanelle à gauche, à peu près à égale distance du sinus et de la symphise pubienne. La prise est faite en conséquence avec le petit forceps : introduction de la branche gauche première, puis de la branche droite, qui se place un peu plus difficilement, l'opérateur étant gêné par le plan du lit. Articulation facile, la prise semble bonne.

Mais comme l'intervention est pratiquée sur une femme entièrement allongée dans son lit, la cuisse droite ne pouvant être relevée, les tractions sont très difficilement orientées vers le bas. Finalement la tête apparaît en occipito-pubienne. On réduit une circulaire. A 15 h. 15, dégagement de la tête. La prise était en réalité mastoïdo-frontale et le forceps a laissé des traces nettes sur le mobile fœtal. Le dégagement des épaules est très pénible, toujours en raison de la gêne que présente le plan du lit et la position de la parturiente. Un point de suture est pratiqué sur une petite éraillure de la vulve.

L'enfant est mort-né, c'est un garçon bien constitué de 3.170 gr.

La mère a bien supporté l'intervention et l'anesthésie. Elle paraît un peu pâle et très fatiguée.

A 16 heures, on pratique l'extraction simple du délivre par refoulement. Le placenta et les membranes sont normaux. Hémorragie un peu abondante de 600 gr. environ. Mais ensuite un léger suintement vulvaire persiste. La malade paraît de plus en plus choquée avec un pouls petit, filant, battant à plus de 130. Elle est très pâle, les lèvres sont décolorées, les extrémités froides.

A 18 heures, malgré du sérum intra-veineux, des toni-cardiaques, de l'ergotine et de l'adrénaline, on ne note qu'une légère amélioration du pouls qui, étant aussi rapide, est mieux frappé. Mais cet état est instable : alternative de mieux et de plus mal. La tension maxima est en ce moment de 6,5.

La palpation abdominale de l'utérus est douloureuse. Cependant la contraction est bonne. Quelques volumi-

neux caillots sont expulsés. Sur le bord gauche de l'organe, on note la présence d'une colonnette qui se durcit pendant les contractions. Le suintement vulvaire persiste toujours.

A 19 heures, nouvelle instillation sous-mammaire de sérum physiologique contenant deux ampoules de coramine.

A 19 h. 30, une révision utérine est pratiquée. Elle ne montre aucune rétention et rien d'anormal du côté de l'utérus. Mais il existe une large brèche de quatre doigts environ, paraissant siéger plutôt au niveau du cul-de-sac vaginal et s'ouvrant directement dans la cavité abdominale. On pratique un tamponnement. Mais le pouls de la malade baisse progressivement, la respiration devient de plus en plus difficile, malgré les inhalations d'oxygène. L'exitus se produit à 20 h. 30.

La vérification pratiquée le 15 février nous apprend ce qui suit :

1° Chez l'enfant il existe une grosse hémorragie méningée avec déchirure très nette du bord libre de la tenté du cervelet.

2° Chez la mère : Dès l'ouverture de l'abdomen, on constate une infiltration hémorragique du ligament large droit avec un peu de sang répandu dans le Douglas. La lésion traumatique siège non pas, comme il avait paru au toucher, au niveau du cul-de-sac postérieur, mais au niveau du bord droit de l'utérus. Elle semble intra-ligamentaire avec cependant une petite déchirure du feuillet péritonéal postérieur.

Après prélèvement de la pièce et ouverture de l'utérus, on constate que le corps utérin est rétracté, avec un anneau de Bandl très individualisable et que le segment inférieur est extrêmement mince et distendu. On a peine, même pièces en main, à faire la différence entre le vagin et le segment, ce qui explique l'erreur de sensation au toucher vérificateur.

OBSERVATION N° 11

Mme Le T..., avril 1940.

C'est une femme de 39 ans, qui est enceinte pour la 5^e fois. Les quatre accouchements antérieurs sont survenus à terme et se sont passés sans incidents. Les quatre enfants sont vivants.

D.R. du 9 juin et A.P. le 19 mars. Toute la grossesse s'est passée normalement, mais quelques jours après le terme, on constate l'obitus fœtal in utéro.

Le 8 avril, elle est vue pour la première fois et l'on note que l'utérus est hypertonique et que là se trouve la cause de la mort de l'enfant.

Elle entre à l'hôpital le 9 et on la prépare par des injections de folliculine à un accouchement provoqué par la méthode de Hauch.

Le 11, à 9 heures, le travail se déclenche peu de temps après les injections de rétropituitrine. A 11 heures, rupture des membranes, et une heure après dilatation presque complète, faisant prévoir un accouchement spontané. Mais à 14 h. 30, brusque hémorragie de 400 à 500 gr., suivie d'arrêt des douleurs. L'état général est atteint : traits tirés, pâleur, un léger écoulement noirâtre persiste.

A 16 heures, de nouvelles contractions ne s'étant pas produites et devant la certitude que l'accouchement ne se fera pas spontanément, le chef de service pratique une version et extrait un fœtus de macération avancée qui pèse 2.850 gr.

Après un quart d'heure d'expectative, il pratique une délivrance artificielle. Le placenta est inséré loin du col, partiellement décollé. Après la délivrance, l'utérus se contracte bien, le globe de sûreté est bien constitué.

La malade restant pâle, une vérification intra-utérine montre une rupture segmentaire à gauche. Le doigt entre dans la cavité péritonéale et vient au contact de la main qui palpe l'abdomen. Le pouls est à 110.

On fait immédiatement appeler le chirurgien qui pratique aussitôt une hystérectomie totale dans le service. Fermeture complète de l'incision abdominale et pose de plusieurs mèches dans le plan opératoire vaginal.

Immédiatement après, transfusion sanguine.

Les suites opératoires sont excellentes. Le 2 mai, cette femme quitte l'hôpital en bonne santé, ne gardant qu'un léger suintement vaginal.

Revue le 20 juillet, l'état général et local est parfait.



LES DONNEES ANATOMIQUES

Pratiquement, les ruptures utérines peuvent se produire en n'importe quel point de l'organe, prendre les aspects et les directions les plus variés. Elles peuvent intéresser tout ou partie de la triple enveloppe muqueuse, musculuse et séreuse que constitue un utérus grévde. Et cependant il existe des lieux et des formes de prédilection sur lesquels nous insisterons particulièrement.

I. — LE SIÈGE de la lésion est infiniment plus fréquent au niveau du segment inférieur qu'au niveau du segment corporeal. La proportion en est de 80 à 90 %. Ce qui se comprend facilement si l'on songe que le segment constitue la partie la plus mince, la plus fragile de l'utérus et aussi la première soumise au traumatisme. Dans nos 11 observations, nous n'en relevons pas une seule qui siège uniquement au niveau du corps.

Quant au point de prédilection des ruptures sur ce segment intérieur, il est classique de dire qu'il se trouve sur sa face antérieure et son bord gauche. On a d'ailleurs voulu trouver une cause à ces sièges de prédilection, dans la distension particulière où se trouve le segment, soit du fait de sa latérodéviation physiologique à droite (ce qui tend à amincir le bord gauche), soit de l'exagération de son antéversion normale (ce qui pourrait expliquer le siège postérieur des lésions).

En fait notre étude personnelle nous révèle, semble-t-il, une faiblesse particulière des bords segmentaires : la lésion portant cinq fois sur le gauche et quatre fois sur le droit. Les faces ne furent intéressées que deux fois ; et chacune de ces deux fois sur une face différente.

Quand la rupture est corporéale, elle peut siéger ou bien sur les faces et serait alors la plus souvent provoquée, ou bien au niveau du fond, ce qui serait plutôt le cas des ruptures spontanées. Enfin le bord gauche serait plus souvent lésé que le droit. Quel qu'en soit le siège, ce genre de rupture est plutôt rare.

Plus fréquentes sont les ruptures propagées, et surtout celles qui, atteignant d'abord le segment inférieur, gagnent par la suite le corps utérin : nous en avons un cas dans l'observation n° 6. L'inverse peut d'ailleurs se produire, la lésion corporéale atteignant le segment inférieur.

II. — LA LÉSION ELLE-MÊME. — Son étude ne présente guère d'intérêt qu'en ce qui concerne le nombre de tuniques qu'elle intéresse.

Sa *direction* peut être très variable, mais elle est le plus souvent longitudinale, ce qui est le cas dans nos observations.

Son *étendue* est également très inconstante et les plus minimes ne sont pas toujours les moins graves.

Enfin sa *profondeur* est bien plus importante à considérer : il existe en effet des ruptures complètes et des ruptures incomplètes.

Les premières sont beaucoup plus fréquentes que les secondes et se verraient dans 60 % des cas pour Sauvage, dans 83 % pour Merz. Personnellement, nous avons trouvé une grosse majorité de ruptures complètes (9 sur 11). Ce sont celles qui intéressent les trois tuniques utérines, mettant ainsi en relation

la cavité intra-utérine avec le péritoine. Le placenta et le fœtus lui-même peuvent ainsi se trouver expulsés dans le ventre si la brèche est assez large. Notre observation n° 7 nous fournit un exemple de passage du placenta dans le péritoine.

Les secondes, les ruptures incomplètes, sont plus rares, quoique, d'après Brindeau, on ne puisse guère se fier aux statistiques classiques, bon nombre d'entre elles passant inaperçues. Le cas le plus fréquent est la forme sous-péritonéale. Nos 4^e et 5^e observations en sont des exemples typiques. Dans le premier de ces deux cas, il y eut infiltration bilatérale des ligaments larges par des hématomes importants qui déterminèrent la mort de la parturiente, l'hémorragie externe restant minime. Dans le deuxième, la fissuration fut assez bénigne pour guérir spontanément, l'hématome tendant à s'évacuer par la voie vaginale. Les lésions intéressant au contraire la séreuse et une partie du muscle tout en respectant la muqueuse (ruptures extra-muqueuses) sont certainement moins fréquentes.

III. — LES LÉSIONS DE VOISINAGE. — La brèche utérine peut ne pas se cantonner à la matrice et aller intéresser les organes qui l'entourent. L'adhérence du tissu cellulaire pelvien a pu conduire une rupture jusqu'à la *vessie* et au *rectum*. Plus souvent les *ligaments larges* et les nombreux vaisseaux qu'ils contiennent sont dilacérés et c'est ainsi que se forment des hématomes importants tels que nous les relevons dans nos 4^e, 5^e et 10^e observations.

Le *vagin* lui-même peut être gagné par la lésion et l'on a pu constater une véritable désinsertion cervico-vaginale : le colporrhexis des auteurs allemands.

En résumé, il faut retenir de cette brève étude anatomique deux faits principaux :

1° La rupture intéresse le plus souvent toute l'épaisseur de la matrice, ainsi que les tuniques séreuse et muqueuse qui y adhèrent. C'est ce qui explique l'essentiel de sa symptomatologie : hémorragie externe et hémorragie interne. C'est ce qui fait comprendre la gravité de cette redoutable complication, qui n'a pratiquement pas de tendance, dans ces conditions, à évoluer spontanément vers la guérison.

2° La rupture siège le plus souvent au niveau du segment inférieur et c'est là, par conséquent, qu'il faudra d'abord la rechercher si on la soupçonne.

• LES DONNEES ETIOLOGIQUES

Elles sont intéressantes à étudier et à connaître. Non pas que par elles nous puissions arriver à prévoir la rupture avant tout début de travail, mais plutôt parce qu'elles pourront contribuer au diagnostic si un symptôme troublant apparaît au cours de l'accouchement ou après une manœuvre intra-utérine.

L'état des tissus maternels, la nature de la présentation, la disposition de l'œuf ont incontestablement un rôle favorisant dans certains cas. Mais finalement, nous verrons que la cause déterminante est infiniment plus facile à comprendre, puisqu'elle consiste soit en la contraction elle-même, soit au traumatisme appliqué à cet utérus déficient.

LES FACTEURS PRÉDISPOSANTS pourront exister aussi bien du côté de l'un des trois éléments qui entrent en jeu au moment de l'accouchement : la mère, l'enfant et l'œuf.

a) *Du côté de la mère.* — Il est incontestable que l'âge a une grande importance. C'est ainsi que sur nos onze femmes, dix ont entre 34 et 43 ans. Une seule n'a que 23 ans. La multiparité également a un rôle capital. Nous ne trouvons qu'une primipare parmi des femmes qui ont eu jusqu'à 13 enfants avant l'accident observé. Pour Bandl, la proportion est de 1 primipare pour 8 multipares. Dans l'état particulier du muscle utérin qui relève des deux

facteurs étiologiques précédents et où Doléris a pu parler de « déchéance du système génital », il faut sans doute incriminer avec Dupouy les grossesses répétées et surtout trop rapprochées. Celles-ci agissent vraisemblablement par l'intermédiaire de troubles circulatoires. Les veines d'une part se trouvent ectasiées, les artères d'autre part subissent une dégénérescence atheromateuse pour déterminer des troubles dans la nutrition du muscle utérin.

Par ailleurs, la filière génitale tout entière peut présenter des tares qui favorisent les ruptures.

Au niveau de l'utérus on a accusé les métrites, les dégénérescences graisseuses, l'atrophie utérine. Les fibromes et les cancers y auraient une place importante, ainsi que les lésions subsistant après des curetages ou des délivrances artificielles trop creusantes. Mais les cicatrices surtout présentent incontestablement un point faible. Nombreuses sont les observations publiées de ruptures survenues sur un utérus antérieurement césarisé. Rose a cité un cas de récidue survenu au niveau d'une cicatrice de rupture antérieure.

Le col utérin jouant le rôle d'obstacle à la contraction, a pu être incriminé, soit qu'il s'agisse d'oblitération, de rigidité, de néoplasme ou de fibrome.

Le canal pelvi-génital enfin, par des rétrécissements, des exostoses, des tumeurs praevia, a pu expliquer certaines ruptures.

b) *Du côté du fœtus.* — Il semble que le sexe masculin soit plus souvent en cause et ce serait alors la dureté des os de son crâne qui serait responsable de l'accident. Il faut sans doute plutôt envisager le cas où le fœtus joue un rôle mécanique de distension par son hydrocéphalie ou son excès de volume général. Mais surtout le cas où, soit par sa taille, soit par

la manière dont il se présente, il fait obstacle à la marche normale du travail. Dans trois de nos observations, il s'agit d'hydrocéphales, dans deux autres de présentation de l'épaule.

c) *Du côté de l'œuf.* — Un hydramnios, une grossesse gémellaire peuvent distendre la paroi utérine. Mais il faut faire une place très importante au placenta praevia qui, par sa double action d'amin-cissement du segment inférieur et d'obstacle à la présentation, joue un rôle prépondérant dans l'étiologie des ruptures au cours du travail. Il fut relevé trois fois dans nos observations (Obs. n° 4, 5 et 7).

LES FACTEURS DÉTERMINANTS. — Il existe donc une infinité de circonstances qui pourront rendre la rupture possible. Mais ce ne sont cependant pas elles qui vont la provoquer directement. Et d'ailleurs il n'est pas exceptionnel de ne rien trouver d'anormal à l'examen d'une femme qui vient de rompre son utérus, ni dans son interrogatoire, ni dans la manière dont l'enfant se présentait ou se trouvait conformé. Il faut donc bien une cause déterminante qui parachèvera ce que la nature avait préparé ou qui créera de toute pièce la lésion qui nous intéresse.

a) *La contraction utérine*, quand il s'agit de rupture spontanée, suffit à provoquer la brèche, sa puissance dépassant en quelque sorte le but qu'elle se proposait. Alors le muscle cède soit parce que ses fibres arrivent à se dissocier sous l'énorme pression qui existe au-dessous d'elles et par elles, soit enfin, et c'est le cas le plus fréquent, que le segment inférieur aminci et surdistendu éclate au-devant d'un utérus rétracté sur un œuf vidé de son liquide amniotique.

La contraction encore sera incriminée, et à plus forte raison si l'on a cherché à l'exagérer par des produits ocytociques comme c'est le cas dans notre dernière observation.

b) *Une manœuvre intra-utérine* destinée à aider un accouchement difficile est souvent en cause : 7 fois dans notre statistique, c'est le mécanisme provocateur : 3 fois par version, 3 fois par forceps suivi de craniotomie ou de basiotripsie, une fois par simple application de forceps.

Les causes favorisantes sont donc multiples, mais il faut souligner surtout l'importance de la multiparité, de l'âge et du placenta praevia.

Les causes déterminantes sont bien plus banales, puisque la contraction utérine et la manœuvre obstétricale sont seules en cause. Vouloir éviter la première serait illusoire, tout au plus faudra-t-il mettre une grande prudence dans l'emploi des agents médicamenteux destinés à l'exagérer. Quant aux interventions, il sera important de ne les mettre en œuvre que lorsque toutes les indications seront exactement remplies et, une fois leur application décidée, s'y employer avec la plus grande prudence.

LES DONNEES CLINIQUES

En abordant la partie clinique de notre étude, il convient de souligner que c'est là certainement le chapitre le plus important de notre question. Si l'on arrive à discerner les points essentiels du diagnostic, peut-être aura-t-on quelques chances de reconnaître à temps une rupture et de mettre efficacement en œuvre le traitement convenable. Nous envisagerons donc successivement :

Les conditions cliniques schématiques dans lesquelles il faudra conclure à cet accident.

Les différents aspects que peuvent revêtir les ruptures suivant les malades.

Les autres syndromes à éliminer pour être sûr du diagnostic.

Enfin l'évolution générale de l'affection.

I. — LES SCHEMAS CLINIQUES

Il existe deux grands tableaux classiques bien différents, mais tous deux assez caractérisés et qui vont nous servir de base dans cette étude clinique : la rupture survient spontanément et à grand fracas pendant le travail ou bien elle a été provoquée par une intervention obstétricale intra-utérine.

A. — LE TABLEAU CLASSIQUE DE RUPTURE SPONTANÉE

C'est celui de la rupture spontanée et complète du segment inférieur. Il évolue en trois phases caractéristiques.

Une période prodromique ouvre la scène, puis la rupture survient, enfin s'établit une période d'état.

a) *Les prodromes* apparaissent le plus souvent chez une femme surmenée par un accouchement qui traîne pour une raison ou pour une autre. Une série de faits doit donner l'éveil : la parturiente présente un état d'agitation de mauvais aloi, elle crie, elle se tord, vomit, a soif. Le caractère des contractions change peu à peu, les douleurs, d'abord normalement rythmées, deviennent extrêmement violentes, subintrantes, surtout accusées au niveau des reins et, alors que la femme éprouve un impérieux besoin de pousser, on constate à l'examen que la présentation est encore haute.

Les symptômes généraux vont de pair avec cet état de surmenage particulier : la température monte autour de 38° et 38°°5, le pouls et la respiration s'accélèrent.

Enfin, si l'on a la curiosité de palper soigneusement l'abdomen, on constate que la paroi sus-pubienne correspondant au segment inférieur est douloureuse, infiltrée, pouvant même présenter le phénomène de la peau d'orange (ensemble de signes décrits par Pinard). Mais c'est dans la profondeur que l'on trouvera le classique syndrome de prérupture de Bandl-Frömmel, constitué de trois éléments :

1° L'utérus est en sablier, déformé en brioche, la paroi musculaire étant contracturée sur le corps du fœtus dans le haut, le segment inférieur s'appliquant étroitement sur la présentation dans le bas. Entre les deux, l'anneau de Bandl est resserré autour du cou fœtal.

2° Cet anneau de Bandl est remonté au voisinage de l'ombilic et plus il en approche, plus la rupture est imminente.

3° Les ligaments ronds sont tendus et l'on sent deux cordons douloureux du volume d'un crayon, lancés entre la région latéro-utérine et la région inguinale.

b) *Le moment de la rupture* suit de peu, en général, un pareil tableau. Classiquement il est brutal. Véritable drame abdominal, il commence par une douleur en coup de poignard, d'abord localisée au bas-ventre, puis généralisée à tout l'abdomen. On a pu observer des irradiations douloureuses hautes, scapulaires ou thoraciques. Il s'accompagne quelquefois d'une sensation de liquide chaud s'écoulant dans l'abdomen. D'autres fois, même la malade ou son entourage ont pu avoir la perception auditive

d'un craquement. Toujours l'état de choc est important, s'accompagnant de cris, d'agitation, d'éblouissements et même de syncope. Les hémorragies de sang noirâtre, visqueux, plus ou moins abondantes, ne seraient pas constantes (5 fois sur 18 pour Laffont et Larribère).

c) *La période d'état* commence aussitôt après que ce premier état de choc s'est dissipé.

Les signes généraux sont ceux d'une hémorragie interne grave avec réaction péritonéale : le faciès est pâle, les muqueuses sont décolorées, les traits tirés, le nez pincé, les extrémités froides. On peut observer du hoquet, des nausées, des vomissements. Le pouls est petit, rapide, dépressible, la respiration très accélérée. Il existe des sueurs froides profuses. L'agitation fait place peu à peu à la torpeur, à la somnolence. Puis apparaissent des lipothimies et des syncopes, pendant que la pâleur va progressivement en s'accroissant.

Les signes locaux sont ceux de l'inertie douloureuse accompagnée de l'ascension de la présentation, de la mort du fœtus et d'un épanchement abdominal. La paroi est tout entière douloureuse et présente un état de défense généralisée. L'utérus est ovoïde, plus ou moins gros suivant que le fœtus y est encore ou est passé dans le grand ventre. On constate le plus souvent l'inertie, mais cet état n'est pas constant. Enfin l'hémorragie externe persiste ou apparaît et c'est le signe de Tarnier. Le fœtus présente alors le plus souvent un aspect différent, soit que la présentation se soit complètement modifiée, soit qu'il y ait simple ascension, soit qu'il soit tout entier passé dans le péritoine et l'on sent alors facilement sous la peau ses différentes parties. De toute façon il est mort : il ne bouge plus et les bruits du cœur ne sont perçus nulle part. Le péritoine est le siège d'un

épanchement sanguin : on pourra noter la matité des flancs s'opposant au tympanisme péri-ombilical.

Un toucher vaginal pratiqué à ce moment, et c'est une manœuvre qui s'impose, donne des renseignements très variables. Si la présentation est restée enclavée, on pourra ne sentir qu'une ébauche de déchirure du col sans que l'on puisse remonter sur le segment inférieur. On pourra ne ramener que quelques caillots ou du sang noirâtre et visqueux. Si au contraire la présentation est suffisamment remontée, il ne faudra pas hésiter à faire, avec toutes les précautions habituelles, un toucher bien plus profond, à la recherche d'une brèche du segment inférieur, qui pourra quelquefois permettre d'arriver au contact des anses intestinales et même de la main qui palpe l'abdomen.

B. — LA RUPTURE PROVOQUÉE

La rupture provoquée par un traumatisme intra-utérin se présente sous un aspect bien différent. Le type classique de ce genre d'accident est celui qui survient au cours d'une version.

Pour une présentation de l'épaule négligée, l'accouchement a trainé en longueur. La poche des eaux s'est rompue depuis longtemps déjà, mais l'enfant est encore vivant. Il faut faire quelque chose. La version seule est indiquée. Mais cette manœuvre est rendue très difficile par la rétraction utérine. L'accoucheur a d'abord grand mal à faire arriver sa main au contact du petit membre qui servira de tracteur. Et ensuite l'évolution du fœtus, le passage de la tête au niveau de l'anneau de Bandl en particulier, s'annonce très difficile. Les premières tractions sont pratiquement inefficaces. Puis, tout à coup, la manœuvre se termine avec une facilité déconcertante.

Il n'y a alors pas de doute : tant par la rétraction utérine que par la pression exercée sur le mobile fœtal, le segment inférieur s'est rompu et une révision utérine immédiate confirme le siège exact et précise l'importance des lésions.

Une fois l'anesthésie dissipée, les signes généraux et locaux sont ceux d'une rupture à la période d'état.

II. — LES DIFFERENTS ASPECTS QUE PEUVENT REVETIR LES RUPTURES

LES FORMES INSIDIEUSES

Leur importance est très grande, parce qu'en fait ce sont certainement les formes les plus fréquentes et aussi les plus graves. Pas une seule fois nous n'avons observé le syndrome cataclysmique et les grands signes abdomino-utérins qu'il est classique de décrire. Au contraire, chaque fois que la rupture s'est produite spontanément, donc chaque fois que le syndrome aurait pu être pur, les signes en ont été plus ou moins estompés.

Ou bien le travail s'interrompt progressivement, faisant penser à un simple surmenage obstétrical. L'hémorragie externe est tellement minime qu'elle passe inaperçue. A partir du moment de l'accident, la parturiente se sent au contraire soulagée. Et ce n'est que lentement que s'installe l'état d'anémie progressive. L'enfant ne bouge plus, les bruits du cœur sont arrêtés. On est tenté d'aller l'extraire et ce n'est que par la suite que le toucher profond révèle l'importance des lésions. C'est exactement ce qui s'est passé dans nos deux premières observations.

Ou bien, dans les cas les plus graves, la femme peut mourir sans s'en apercevoir, comme le montre l'observation publiée par le professeur Rhenter, où une gestante fut trouvée morte dans son lit sans qu'elle eut proféré la moindre plainte. La vérification découvrit une rupture utérine.

D'autres fois le travail a pu se terminer entièrement et conduire à l'accouchement d'un enfant vivant, comme on le note dans notre observation n° 4. Seul l'état d'anémie progressive se manifeste et il pourra facilement être confondu avec le choc obstétrical. Bien souvent la rupture ne sera découverte qu'à l'autopsie.

Notre 3^e observation est non moins troublante. Là le travail s'est arrêté brusquement et à ce moment s'est produit une hémorragie abondante. Mais l'état de choc, la douleur et la faiblesse n'étaient tout de même pas tels que la femme ne puisse arriver à l'hôpital sur ses jambes.

Après une manœuvre obstétricale d'autre part, la rupture ne se présente pas non plus d'une façon aussi schématique que dans le cas envisagé comme type. L'anesthésie générale contribue pour une large part à dissimuler la symptomatologie : elle masque les signes locaux, les phénomènes de choc lui sont inévitablement attribués. Bien souvent, enfin, l'intervention a été aussi difficile que l'on s'y attendait et on ne note qu'un état général progressivement déficient avec ou sans hémorragie externe. Ce qui reste le plus troublant, c'est que la thérapeutique mise en jeu n'amène aucune amélioration durable. C'est alors qu'il faudra penser à la rupture, la rechercher par la vérification intra-utérine et la traiter s'il en est temps encore.

Enfin, très fréquemment la rupture est décelée au moment d'une délivrance artificielle rendue nécessaire soit parce qu'elle ne se produit pas spontanément, soit parce qu'il existe une hémorragie.

Beaucoup de cas sont connus, mais beaucoup aussi ont dû passer inaperçus et n'ont jamais été publiés. Comme le dit Devraigne, « bien des ruptures doivent rester ignorées et passent sous la rubrique commode de femmes mortes en couches ».

LES FORMES ANATOMIQUES

Ces formes sont déjà beaucoup moins intéressantes, parce que beaucoup plus rares. Il existe des formes incomplètes et des formes compliquées.

a) *Les formes incomplètes.* — Les ruptures extra-muqueuses ne donnent lieu qu'à des signes d'hémorragies péritonéales avec le syndrome de choc qu'ils comportent. Mais là le diagnostic en sera pratiquement impossible, car le toucher intra-utérin restera négatif. Tout au plus pourra-t-on déceler une zone particulière de moindre résistance correspondant à la brèche.

Les ruptures sous-péritonéales se manifestent un peu plus ouvertement par l'hémorragie externe qu'elles occasionnent. Pas de signes abdominaux. Mais le choc peut être très grave (obs. n° 4). Là, au moins, le toucher profond pourra révéler la blessure du muscle. Ce toucher deviendra très prudent au contact de l'espèce de « toile d'araignée » perçue dans certains cas en avant des anses intestinales.

b) *Les formes compliquées.* — Elles sont généralement assez facilement reconnues par le toucher s'il s'agit de désinsertion complète cervico-vaginales, par

le cathétérisme si la vessie a été gagnée et si la femme présente du sang dans ses urines. Une forme cependant un peu particulière de lésion vésicale, et qui ne s'apparente que d'assez loin aux ruptures, consiste en une fistule vésico-utérine pouvant survenir tardivement à la suite de la chute d'une escharre due à la compression exercée pendant l'accouchement.

III. — LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le plus souvent le problème diagnostique ne se pose pas. On pense à la rupture ou on n'y pense pas. Si l'on y pense, le toucher vérificateur donne le plus souvent une certitude à ce sujet. Mais par contre, le cas le plus fréquent est celui où les phénomènes observés orientent vers tout autre chose. C'est ainsi que le diagnostic peut être égaré par les signes généraux, les hémorragies ou l'examen abdominal.

a) *Les signes de choc.* — Ils peuvent en imposer pour le simple choc anesthésique après une intervention, ou le choc obstétrical après un accouchement qui a paru normal. Mais le fait le plus caractéristique c'est que le traitement habituel de ces syndromes reste sans action.

b) *Les hémorragies.* — Elles pourront faire penser simplement à un incident de la délivrance ou à une déchirure cervicale ou vaginale quand l'accouchement est terminé. Par contre, au début du travail, l'apparition de sang noir, accompagnée d'arrêt du travail et de mort du fœtus, pourra faire porter le diagnostic de décollement placentaire, comme c'est le cas dans notre observation n° 3. Mais un examen

des urines négatif, le fait que l'utérus ne se trouve pas sensiblement augmenté de volume, mais plutôt très modifié dans sa forme, pourront remettre dans la bonne voie. Le placenta prævia enfin est une dernière cause d'erreur, mais le syndrome général est moins grave d'emblée. Au contraire, dans les formes insidieuses de rupture, on pourra facilement confondre ces deux complications. D'autant plus que nous avons souvent observé la coïncidence des deux faits. Mais l'intervention qu'il faudra mettre en œuvre dans les deux cas, suivie en général de délivrance artificielle rapide, représente une circonstance relativement favorable, en ce sens qu'elle permettra le plus souvent de reconnaître la brèche segmentaire.

c) *L'examen abdominal* a pu exceptionnellement en imposer pour une crise appendiculaire, une occlusion ou une péritonite par perforation si l'accident survient au début du travail. Mais alors, de toute façon, la laparotomie redressera le diagnostic.

IV. — EVOLUTION

Livrée à elle-même, une rupture ne peut pratiquement pas guérir. On a publié quelques cas d'évolution spontanément favorable, correspondant d'ailleurs à des fissurations du segment inférieur sous-péritonéales, au niveau des ligaments larges. C'est le cas de notre 5^e observation. Ces exceptions ne font que confirmer la règle générale de gravité. La mort survient après un délai plus ou moins long du fait du choc ou de l'hémorragie interne progressive. L'infection péritonéale accélère souvent le processus mortel.

Si l'accident survient au début du travail, le fœtus est en général retenu dans l'utérus ou est passé dans l'abdomen. Mais il n'est pas exceptionnel, dans les formes insidieuses, de voir se terminer l'accouchement et l'anémie progressive ne survenir que par la suite (obs. n° 4).

Même opérée, une femme qui a rompu son utérus n'est pas tirée d'affaire. L'évolution post-opératoire dépend essentiellement du temps écoulé entre le moment de la rupture et l'intervention. Si le danger d'hémorragie est écarté, l'infection est toujours à redouter. De plus, si l'état d'anémie est très intense, un choc opératoire, si minime soit-il, peut accélérer une issue qui se produirait tout de même inévitablement.

LES DONNEES THERAPEUTIQUES

Etant donné la gravité de la rupture utérine, le premier devoir de l'accoucheur sera sans doute d'éviter, dans la mesure du possible, que cet accident se produise.

La meilleure prophylaxie sera assurée par les consultations pré-natales. Déceler une anomalie osseuse, un obstacle praevia, une malformation de l'œuf ou du fœtus et appliquer le traitement approprié aura certainement une grande importance pour éviter cet accident.

Il sera bon également de ne pas exercer de traumatisme intra-utérin intempestif : ceci, en se limitant exactement aux indications des manœuvres et en observant la plus grande prudence dans leur exécution.

Si, par ailleurs, il était constant d'observer le syndrome de prérupture de Bandl-Frömmel, il serait facile d'interrompre le travail par des anti-spasmodiques et d'évacuer rapidement l'utérus sous anesthésie générale. Soit par voie haute, si la présentation était mobile et l'enfant vivant. Soit par voie basse, avec mutilation fœtale, si l'enfant était mort ; avec grandes incisions du col si l'enfant, vivant, présentait une tête solidement fixée. Mais ce cas est plutôt rare. Le plus souvent, l'accoucheur se trouve devant le fait accompli et doit prendre une rapide décision.

A l'heure actuelle, cette décision est dominée par deux points essentiels :

Il faut pratiquer une laparotomie.

Il faut la pratiquer le plus rapidement possible.

Malheureusement l'intervention n'est pas toujours possible, et il nous faudra envisager l'attitude du praticien qui se trouve éloigné d'un centre chirurgical, puis celle du chirurgien qui a sous la main toutes les possibilités matérielles modernes.

1° LA RUPTURE SE PRODUIT TROP LOIN D'UN CENTRE CHIRURGICAL

On ne peut en ce cas que mettre en jeu de petits moyens d'attente et un traitement général aussi intensif que possible.

a) LES PETITS MOYENS CHIRURGICAUX consisteront à faire tant bien que mal l'hémostase.

Soit par un tamponnement de la brèche au moyen d'une longue mèche de gaze tassée au maximum de part et d'autre de la rupture et bourrée dans le vagin.

Soit par une application de pinces sur les pédicules utérins à travers les culs-de-sac vaginaux, accompagnée ou non de drainage entre la brèche et l'extérieur.

b) LE TRAITEMENT MÉDICAL aura pour but de combattre l'état de choc et l'anémie, ainsi que d'éviter l'infection :

On utilisera la position de Fowler, les tonicardiaques, les injections de sérum intra-veineux en goutte à goutte, de sérum sous-cutané additionné de préférence d'adrénaline ou de gélatine, de tous les hémostatiques connus, le goutte à goutte rectal de sérum glucosé, les calmants de la douleur. Enfin la glace sur le ventre et les sulfamides seront appli-

qués à titre préventif. La transfusion sanguine a été préconisée comme une excellente pratique, mais elle n'est pas toujours réalisable.

Cette attitude, qui ne vise en somme qu'à combattre les symptômes de la rupture sans pouvoir en réparer les dégâts, est réellement un pis-aller. Elle a pu tout de même, dans quelques cas exceptionnels, comme nous le verrons plus loin, amener la guérison. Il ne faut pas trop y compter et toutes les fois que l'état de la malade le permettra, il faudra la diriger par les moyens les plus rapides sur un centre chirurgical.

2° LA CONDUITE A TENIR EN MILIEU CHIRURGICAL

Là encore, dans les cas paraissant particulièrement bénins, dans les déchirures incomplètes en particulier, le simple tamponnement a pu être pratiqué avec succès. L'expectative armée a pu même être adoptée. C'est ainsi que dans notre 5^e observation, l'état vraiment satisfaisant de la malade a pu faire envisager cette attitude, et d'ailleurs avec un plein succès. Encore ne s'agissait-il que d'une rupture sous-péritonéale.

En règle générale, il ne faudra pas s'arrêter soit à l'abstention, soit aux petits moyens, et intervenir par laparotomie.

a) QUAND FAUT-IL INTERVENIR ?

Deux séries de cas peuvent se présenter :

Dans une première série, il faut recourir *immédiatement* à la voie haute. Cette attitude sera indiquée

si la rupture n'est découverte qu'une fois l'accouchement terminé, l'utérus étant par conséquent vide ; ou encore si, la rupture se produisant spontanément au début du travail, la présentation remonte et devient ainsi trop difficilement accessible pour l'extraire par la voie basse.

Dans une deuxième série de cas, il y aura intérêt à *extraire rapidement le fœtus* avant d'intervenir par voie haute. Ce sera la conduite à tenir si le mobile est déjà trop profondément engagé dans la filière maternelle pour pouvoir remonter au moment de l'accident.

Quel que soit le temps préparatoire, il faut ouvrir le ventre pour explorer et traiter les lésions, pour nettoyer et drainer le péritoïne.

b) COMMENT FAUT-IL INTERVENIR UNE FOIS LE VENTRE OUVERT ?

LA SUTURE de la brèche a été préconisée et pratiquée avec succès. Nous retrouvons à ce sujet deux observations de l'Hôtel-Dieu de Lyon tout à fait caractéristiques.

1° Observation de M. le Professeur TRILLAT.

Mme S..., 26 ans, secundipare. Décembre 1940.

C'est une femme dont le premier accouchement s'est fait au forceps, l'enfant pesant 3.400 gr. Par ailleurs, pas d'antécédents pathologiques.

Quand elle arrive dans le service, le soir, à 19 heures, la poche des eaux est déjà rompue depuis 2 h. 1/2.

Ce n'est que le lendemain à 13 h. que l'on observe une dilatation complète. Mais la tête est retenue en asynclitisme au détroit supérieur et le travail traîne.

A 18 h. On tente un forceps pour arrêt prolongé de la progression. La prise est faite mastoïdo-frontale avec

des cuillers munies de protecteurs de caoutchouc. Mais les tractions s'avèrent infructueuses. Une deuxième tentative est également sans résultat. Ce qui est expliqué par le fait que la bosse pariétale postérieure n'arrive pas à franchir un promontoire saillant. Il s'agit d'un bassin applati et généralement rétréci.

C'est alors qu'on pratique une version. Le relèvement des bras est réduit, mais la tête dernière ne peut pas passer. Il faut pratiquer une craniotomie et extraire le mobile céphalique au cranioclaste. La manœuvre, d'abord difficile, se termine par la sortie brutale de l'ensemble céphalo-instrumental, ce qui provoque une déchirure atteignant le bloc périnéal.

La délivrance artificielle est aussitôt pratiquée et la révision révèle une brèche importante et complète du segment inférieur sur sa face antérieure.

A 20 h. Laparotomie :

On constate à l'ouverture du ventre une brèche transversale de 10 cm. avec décollement péritonéal important de tout le cul-de-sac vésico-utérin. A ce niveau et au niveau de la brèche elle-même il existe un suintement sanguin en nappe sans lésion vasculaire proprement dite.

Devant cet état de chose, on décide de pratiquer la *suture*, l'hystérectomie se présentant dans de mauvaises conditions : elle devrait être totale, difficile et certainement hémorragique.

La suture est pratiquée, ménageant un passage à un drain abdomino-vaginal. Le péritoine est reconstitué facilement. Des mèches sont placées dans le Douglas. Enfin, la paroi est fermée aux fils métalliques.

Les suites sont excellentes, et deux mois et demi plus tard, la malade quitte le service, guérie.

2° Observation de M. le Professeur RHENTER.

Mme C..., secondipare. Juin 1941.

Le travail se déclanche seize jours avant le terme prévu à 1 heure du matin. Les membranes sont rompues artificiellement à 7 h. 30 pour hémorragie.

A 9 h. 30, les bruits du cœur diminuant et la tête se trouvant fixée à dilatation complète, on décide une application de forceps qui a lieu à 10 h. 30.

Mais l'introduction de la branche première fait remonter la présentation qui devient mobile. Il existe dès ce moment une hémorragie externe attribuée au placenta qui est senti en avant et à droite sur la paroi utérine.

C'est alors qu'une version est pratiquée. Version qui s'avère facile dès le début. La tête dernière est extraite à l'aide de la manœuvre de Champetier. L'enfant est mort. L'hémorragie a cessé. On pratique la délivrance artificielle.

A la révision on constate une rupture antérieure et droite au travers de laquelle on ramène de l'épiploon.

Une demi-heure plus tard : laparotomie.

On observe alors une brèche complète de 10 cm. à la partie antérieure du segment inférieur. La tranche est nette dans la partie supérieure de la rupture, mais déchiquetée dans sa partie inférieure.

La suture est alors décidée et on commence par reconstituer la lèvre de la plaie utérine dans sa partie basse. Après quoi, le muscle est suturé en un seul plan. La péritonisation est ensuite pratiquée laissant cependant passer un drain qui ira du vagin jusqu'à la plaie abdominale. Trois mèches sont placées dans le péritoine après ablation d'un kyste de l'ovaire droit du volume de deux poings découvert au cours de l'intervention. La peau est fermée par quatre fils de bronze.

Les suites opératoires sont excellentes. Une suppuration s'établit par les mèches et le drain. Peu à peu on retire le tout. Finalement, le 38^e jour après l'intervention, la malade quitte le service, guérie, l'examen ne montrant qu'un utérus un peu augmenté de volume.

Voilà donc deux cas dans lesquels la suture a été couronnée de succès. Il ne semble cependant pas que l'on soit encore autorisé à en préconiser l'emploi systématique. Elle ne devra être réservée qu'aux cas

où l'hystérectomie paraît difficile, où au cas de rupture de peu d'importance, et encore, si les tissus avoisinants paraissent en excellent état. Il y aurait danger, en effet, à pratiquer cette intervention en tissus contus, donc friables. La suture risquerait de céder, et même si elle devait tenir, elle laisserait subsister une cicatrice, et avec elle le danger accru d'une nouvelle rupture au cours d'un accouchement à venir.

L'HYSTÉRECTOMIE, au contraire, est l'opération à préférer dans la majorité des cas.

La technique de Porro pourra être utilisée dans certaines circonstances où il faut aller particulièrement vite.

Mais l'hystérectomie sub-totale restera certainement l'intervention de choix. Pratiquée par un chirurgien averti, elle n'est pas considérablement plus longue à exécuter et ses avantages sont infiniment plus grands. Elle devra donc se pratiquer soit en bloc, si le fœtus est encore contenu dans la matrice, soit sur un utérus vide. Elle s'accompagnera de nettoyage péritonéal. De toute façon elle se terminera par un large drainage à la Mickulicz.

Le traitement médical tel que nous l'avons établi plus haut, la transfusion en particulier, appliquée avant l'intervention et dans les suites opératoires, ne pourra qu'augmenter les chances de survie de la malade.

En résumé, le traitement normal d'une rupture utérine consiste à ouvrir le ventre et à enlever l'organe blessé. Comme le dit Tarnier : « Lorsqu'une femme, en essayant de reproduire l'espèce a rompu son utérus, elle est bonne à mettre en réforme pour blessure grave contractée dans le service. Ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne. »

CONCLUSIONS

I. — Nous rapportons les observations de ruptures utérines relevées à la Clinique Obstétricale de Lyon pendant les dix dernières années.

Le nombre de cas est de 11 pour 13.035 accouchements, soit une moyenne de 0,085 %, soit une pour 1.185. Ce chiffre peut paraître élevé, mais il comprend pour une très large part des cas observés chez des malades non suivies à l'hôpital et amenées d'urgence dans le service. De ce fait, l'évaluation statistique n'a qu'une valeur très discutable.

II. — Dans la plupart des cas, il s'agit de ruptures provoquées après manœuvres obstétricales : version ou forceps laborieux.

III. — Les ruptures spontanées ont été rencontrées dans quatre cas. Il s'est agi toutes les fois de grandes multipares.

IV. — Dans trois cas, l'existence d'un placenta prævia a pu être invoqué comme cause favorisant la rupture qui siège nécessairement alors au niveau du segment inférieur.

V. — Nous avons rarement retrouvé le tableau clinique complet décrit classiquement dans les cas de rupture utérine.

La plupart du temps, c'est l'hémorragie persistante, l'aggravation progressive de l'état général, malgré un traitement médical qui ont fait soupçonner la rupture.

Quelquefois même, elle fut découverte fortuitement au cours de la délivrance artificielle ou de la révision utérine.

Il faut donc admettre l'existence assez fréquente de formes insidieuses de ruptures de l'utérus.

VI. — Le pronostic, malgré un traitement précoce, reste toujours sombre. Nous trouvons 62 % de décès dans nos observations.

VII. — Le traitement, en dehors des moyens thérapeutiques pour combattre l'anémie, ou des moyens de fortune (tamponnement dans le cas d'une malade isolée, loin d'un centre hospitalier) doit être essentiellement chirurgical.

Laparotomie qui sera suivie en principe d'une hystérectomie. Une place importante paraît cependant pouvoir être faite, toujours par la voie abdominale, à la suture de la brèche.

Vu :

Le Doyen,

JEAN LEPINE.

Vu :

Le Président de la Thèse,

RHENTER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 Mai 1942.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GAU.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTINI. — Ruptures d'utérus ayant subi la section césarienne, *Thèse Paris*, 1942, n° 130.
- AZA. — Ruptures utérines. *Siglo-méd.*, 25 avril 1936, pp. 420-423.
- BALARD et FISCHER. — Dans la rupture spontanée de l'utérus au cours du travail, l'intervention rapide est une question vitale. *Conc. Méd.*, 13 sept. 1936, n° 37.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELANT. — La pratique des accouchements, 1914.
- BARRETT. — Utérus rompu : péritonite, opération, guérison. *Journ. Obst. et Gyn.*, mars 1937, n° 3.
- BEAUDELOCQUE. — Art des accouchements, 1796.
- CAMBON et PLASSE. — Deux cas de ruptures utérines. *Bul. Soc. d'Obst. et Gyn.*, mai 1936, n° 5.
- DAUNOIS. — Des rapports de la rupture utérine au cours du travail avec l'antéversion de l'utérus gravide. *Thèse Paris* 1939, n° 903.
- DE LEMOS. — Rupture utérine pendant l'accouchement. *Thèse Paris* 1937, n° 678.
- DELORT. — Des ruptures utérines au cours de l'accouchement. *Thèse Toulouse*, 1938, n° 44.
- DEVRAIGNE. — Rupture de l'utérus gravide. *Presse Méd.*, 27 oct. 1934.
- ECALLE. — Leçon du Jeudi. Clinique Tarnier, 1925.
- CAETHGENS. — Hémorragie intra-abdominale par rupture due à des anomalies de la placentation. *Monat. f. geb. u. gyn.*, sept. 1938, t. CVIII.
- GELLE et MORSEAU. — Sur un cas de rupture utérine. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, mai 1938, t. XXVII.

- GONNET, BANSILLON, MARION et MENEULT. — Rupture spontanée du fond utérin au voisinage du terme en dehors de tout début de travail. *Bul. Soc. Gyn. et Obst.*, mars 1938, n° 3, t. XXVII.
- GUILLEMEAU. — De la grossesse et de l'accouchement de la femme, 1620.
- GUILLOT. — Valeur des signes généraux au cours des ruptures utérines pendant le travail. *Thèse Paris*, 1935, n° 117.
- IWANOW. — Des ruptures spontanées de l'utérus au cours de la grossesse après césarienne antérieurement effectuée. *Zeutr. f. gynak.*, 4 juillet 1936, n° 27.
- KELLER. — Difficulté du diagnostic de la rupture utérine. *Bull. Gyn. et Obst.*, 1921, p. 112.
- LAFFONT et BONAFOS. — Ruptures utérines. *Encyclopédie médico-chirurgicale. Obstétrique*. T. II. 5080.
- LAFFONT et EZES. — Ruptures insidieuses de l'utérus au cours du travail. Hystérectomie. Guérison. *Bul. Soc. Obst. et Gyn.*, oct. 1937, t. XXVI, n° 8.
- LANVIN. — Ruptures utérines au cours du travail à la maternité de Beaujon-Clichy dans les cinq dernières années. *Thèse Paris* 1939, n° 904.
- LEVRET. — L'art des accouchements.
- NESIS. — Les ruptures utérines à la maternité de Lariboisière, de janvier 1929 à mai 1937. *Thèse Paris* 1937, n° 500.
- PEREZ et TALLAFERRO. — Rupture silencieuse du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse. *Gyn. et Obst.*, avril 1937, t. XXXV, n° 4.
- PINEAU. — Ruptures utérines à la maternité de Lariboisière dans les dix dernières années. *Thèse Paris* 1939, n° 532.
- PITAVY. — Rupture du segment inférieur de l'utérus guéries sans interventions chirurgicales. *Thèse Lyon* 1924, n° 104.
- RAVINA. — Sur quelques points particuliers de ruptures utérines au cours du travail. *Gyn. et Obst.*, fév. 1938.

- RHENTER. — Rupture d'une cicatrice utérine de Césarienne à la fin de la grossesse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1921.
- RHENTER, CAILLOT et MICHELON. — Un cas de rupture utérine suturée. *Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon 1941.
- RICKARDS. — Ruptures utérines consécutives à une césarienne. *Brit. Med. Journ.*, 25 juin 1938.
- RIDDEL et SCHOLFIELD. — Rupture de l'utérus pendant la grossesse. *Brit. Med. Journ.*, 25 juillet 1938.
- ROUFFART-MARTIN. — Ruptures utérines au niveau du segment inférieur au cours d'un accouchement difficile. *Brux. médic.*, 6 février 1938, T. XVIII, n° 14.
- SCEMBA et BERNARD. — Considérations au sujet d'une statistique de 25 cas de ruptures utérines traitées à l'hôpital Sadiki. *Prat. Méd. Franç.*, 1936, n° 1.
- SCHEBAT. — Cinq cas de ruptures utérines. Hystérectomie. Drainage à la Mickulicz. Guérison. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, octobre 1938, T. XXVII, n° 8.
- SCHWARTZ et KURZROK. — Rupture spontanée de l'utérus. *Amer. Journ. of Obst. et Gyn.*, mai 1937, T. XXXIII, n° 5.
- SHELDON. — Compte rendu de 26 cas de ruptures utérines. *Amer. Journ. of Obst. et Gyn.*, mars 1936, n° 3.
- STEVENS. — Ruptures utérines avec absence de symptômes cliniques. *Lancet*, 7 mars 1938.
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, T. III.
- VAINCOURT. — Des ruptures spontanées de l'utérus au cours du travail. *Thèse Lille* 1938, n° 35.
- VERDEUIL et BASTIT. — Un cas de rupture utérine. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, novembre 1936, n° 9.
- VIGNES et CHATAIN. — *Concours Médical*, 18 nov. 1936.

IMPRIMERIE
BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU
42, QUAI GAILLETON, 42
LYON

